

別紙1

通し 番号	診療 年	診療 月	点数 表 コード	医療機関・保険薬局名	都道 府県 コード	医療機関・ 保険薬局 コード	公費受給 者番号	対象者氏名	公費合計 点数	整理番号	請求年月	原票 種別	返戻理由	請求理由内容	備考